VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 58)
z dnia 7 maja 2018 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 58)

7 maja 2018 r.

Komisja, obradująca pod przewodnictwem poseł **Krystyny Wróblewskiej (PiS)**, zastępcy przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący program:

– rozpatrzenie odpowiedzi Ministra Zdrowia na dezyderat nr 6 w sprawie Narodowego Planu Alzheimerowskiego;

– sprawy bieżące.

W posiedzeniu wzięli udział: **Zbigniew Król** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis** i **dr n. med. Rafał Sapuła** stali doradcy Komisji oraz **Dominika Górnicka** asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska i Ewa Soroka** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Dzień dobry państwu. Witam wszystkich bardzo serdecznie. Otwieram posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie i panów posłów, pana ministra, a także wszystkich pozostałych gości. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie odpowiedzi Ministra Zdrowia na dezyderat nr 6 w sprawie Narodowego Planu Alzheimerowskiego. Proponuję rozszerzyć go o sprawy bieżące. Czy ktoś jest przeciw przyjęciu porządku dziennego? Nie słyszę. Stwierdzam zatem jego przyjęcie. Proszę o przedstawienie informacji pana ministra Zbigniewa Króla, podsekretarza stanu w MZ. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo. Pozwolę sobie odczytać dokument, który przygotował departament polityki zdrowotnej w odpowiedzi na dezyderat Komisji. Zrobię to w taki sposób, żeby po pierwsze, zasygnalizować określone czynności, które w tej chwili trwają, są już realizowane, bądź w najbliższym czasie osiągną etap realizacji. Po drugie, chciałbym na koniec podać kilka kroków, które przed nami, które zaplanowaliśmy i chcemy przeprowadzić w kontekście chorób otępiennych w populacji osób w podeszłym wieku.

W nawiązaniu do dezyderatu nr 6 z 27 lutego 2018 r., przedłożonego przez Komisję Polityki Senioralnej dotyczącego Narodowego Planu Alzheimerowskiego, zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie poniższej informacji. Na wstępie pragnę zaznaczyć, że założenia Narodowego Planu Alzheimerowskiego dla Polski opracowane w 2011 r. przez Koalicję Alzheimerowską, tj. Ogólnopolskie Porozumienie Organizacji Alzheimerowskich i Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie są ministerstwu znane od samego początku, czyli od 2011 roku. Analizujemy te postulaty i w obszarach, za które odpowiada minister zdrowia, niemal każda zaproponowana kwestia jest obecnie wdrażana lub możliwości jej wdrożenia w najbliższym czasie są poddawane pogłębionym analizom.

Już w I części założeń wskazano, że 17 grudnia 2008 r. Rada Europejskich Ministrów Zdrowia przyjmując dokument „*Conclusions on public health strategies to combat neurodegenerative diseases associated with ageing and in particular Alzheimer's disease*", dała czytelny sygnał, iż politycy najwyższego szczebla uznali, że otępienie jest głównym problemem zdrowia publicznego.

Odnosząc się do powyższego, należy zauważyć, że Polska również uznaje choroby otępienne za priorytet polityki zdrowotnej. Wskazuje na to m.in. ujęcie problematyki zdrowia osób starszych, w tym chorób otępiennych, w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020. Działaniom na rzecz promocji zdrowego i aktywnego starzenia się został poświęcony osobny (jeden z sześciu) Cel Operacyjny. Obejmuje on m.in. badania naukowe dotyczące sytuacji zdrowotnej osób starszych, działania na rzecz poprawy jakości opieki świadczonej tym osobom, edukację zdrowotną seniorów, a także zachęcanie ich do profilaktyki zdrowotnej.

Dodatkowo, dostrzegając problemy opiekunów osób z chorobą Alzheimera, MZ ogłosiło procedurę przyznawania dotacji celowych dla jednostek niezaliczonych do sektora finansów publicznych, w tym stowarzyszeń i fundacji, na realizację zadania pn. Program informacyjno-edukacyjny na temat choroby Alzheimera dla osób chorych i ich opiekunów. Do realizacji tego zadania wybrano dwa stowarzyszenia: Stowarzyszenie „Polskie Telewizje Lokalne i Regionalne" w Elblągu, które opracowało dedykowaną audycję telewizyjną. Pierwszy odcinek pt. „Nie zapomnijmy o tych, którzy zapomnieli", wyemitowano we wrześniu 2017 r.

Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie w Poznaniu w ramach projektu pn. Program informacyjno-edukacyjny na temat choroby Alzheimera dla osób chorych i opiekunów – Centrum Informacji i Edukacji Alzheimerowskiej do 31 sierpnia 2017 r. zrealizowało blok tematycznych prelekcji obejmujących wykłady z udziałem: lekarza psychiatry – Zaburzenia psychiczne u osób starszych; pracownika socjalnego – Socjalne aspekty w chorobie Alzheimera; psychologa – Pomoc psychologiczna dla opiekunów; terapeuty – Opieka nad osobą starszą z zaburzeniami otępiennymi*;* oraz fizjoterapeuty – Rehabilitacja ruchowa w chorobie Alzheimera.

Działania na rzecz osób z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera, prowadzone są również m.in. w ramach projektów unijnych. W II edycji funduszy norweskich i funduszy EOG (perspektywa finansowa na lata 2009-2014) były realizowane: Program PL07 – Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych oraz Program PL13 – Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

W ramach Programu PL07 wdrażane były m.in. projekty, które obejmowały działania mające na celu poprawę jakości opieki nad osobami starszymi, w tym osobami z chorobą Alzheimera oraz cierpiącymi na inne choroby otępienne. Wymienię niektóre z projektów. Projekt pn. Rozbudowa i przebudowa pawilonu Nr 10 ZOL dla osób starszych i przewlekle chorych w Górnie wraz z infrastrukturą, który został zrealizowany przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Sanatorium im. Jana Pawła II w Górnie. Celem projektu było wyjście naprzeciw problemom osób starszych chorych na zespoły otępienne, w tym na chorobę Alzheimera, ale również problemom opiekunów tych chorych, m.in. poprzez działania edukacyjne z zakresu rozpoznawania zespołów otępiennych, opieki i rehabilitacji osób chorych i starszych. W ramach Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Górnie w marcu 2017 r. utworzono jeden z najnowocześniejszych w Polsce ośrodków dla osób z chorobą Alzheimera. Zakupiono specjalistyczny sprzęt i wyposażenie medyczne oraz rehabilitacyjne. Część nieinwestycyjna projektu obejmowała wiele działań skierowanych do pacjentów chorych na zespoły otępienne, m. in. warsztaty terapeutyczno-artystyczne czy zajęcia ruchowe. Odbyły się szkolenia kadry medycznej, zrealizowano działania promocyjne skierowane do społeczności lokalnej i personelu medycznego, tj. seminaria naukowe, pikniki rodzinne, publikacje, program edukacyjny dla młodzieży.

Projekt był realizowany w partnerstwie ze Szpitalem Psychiatrii Wieku Starczego w Norwegii – placówką zajmującą się wszystkimi aspektami psychiatrii późnego wieku, specjalizującą się w diagnostyce i leczeniu behawioralnych i psychicznych objawów otępienia. Wizyty studyjne pracowników ZOL w Norwegii w ośrodkach opieki długoterminowej, jak i rewizyty przedstawicieli norweskich placówek ochrony zdrowia w Polsce były okazją do wymiany doświadczeń.

Projekt pod nazwą Transgraniczna Akademia Psychiatrii Aktywnej został zrealizowany przez Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ w Suwałkach. Tak jak przewidywał

projekt, przeprowadzono rozbudowę zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego, zakupiono sprzęt na potrzeby działalności placówki, zorganizowano spartakiady dla osób z zaburzeniami psychicznymi z terenu Polski, Litwy i Rosji oraz uruchomiono punkt wsparcia i informacji dla pacjentów z zaburzeniami psychogeriatrycznymi oraz ich rodzin. Istotnym elementem projektu były szkolenia personelu placówki.

W ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (perspektywa finansowa na lata 2014-2020) w 2015 r. w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) rozpoczęto realizację następujących typów projektów, wpisujących się w kształtowanie polityki w zakresie edukacji kadr medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych osobom starszym, w tym także osobom z chorobami otępiennymi:

– kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju. W dniu 5 listopada 2015 r. podpisano umowę o dofinansowanie projektu pozakonkursowego dotyczącego wsparcia systemu kształcenia specjalizacyjnego lekarzy, realizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Okres realizacji projektu to 1 sierpnia 2015 r. – 28 lutego2022 r. Całkowita wartość projektu wynosi niemal 92 mln zł. Główne działania planowane do realizacji to m. in. organizacja kursów specjalizacyjnych dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinie geriatrii. Według danych na 31 marca 2017 r. objęto wsparciem 134 lekarzy odbywających specjalizację z geriatrii;

– kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi. W ramach ww. konkursu do realizacji wybranych zostało 27 projektów. Beneficjenci prowadzą działania edukacyjne poprzez organizację kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych w celu podniesienia kwalifikacji pielęgniarek i położnych z zakresu dziedzin będących najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej z powodów zdrowotnych, tj. chorób krążenia, chorób nowotworowych, chorób i zaburzeń psychicznych, chorób układu oddechowego. Projekty wybrane w ramach konkursu przewidują wsparcie edukacyjne dla pielęgniarek i położnych m.in. w następujących formach: kurs specjalistyczny – Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych, kurs kwalifikacyjny – Pielęgniarstwo psychiatryczne, kurs specjalistyczny – Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek;

– doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach ważnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych. W konkursie do dofinansowania zostały wybrane projekty obejmujące wsparciem m.in. ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych, fizjoterapeutów oraz diagnostów laboratoryjnych. Projekty złożone na konkurs przewidują wsparcie mające na celu wniesienie wartości dodanej do procesu kształcenia tych zawodów, m.in. postępowanie w zaburzeniach neurologicznych, w zdarzeniach masowych lub katastrofach z dużą liczbą osób poszkodowanych, teletransmisję kardiologiczną i inne. Kursy i szkolenia realizowane w ramach wybranych projektów mogą pośrednio przyczynić się do poprawy procesu leczenia osób z chorobami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera.

Odnosząc się do części III – Badania naukowe, zawartej w założeniach projektu Narodowego Programu Alzheimerowskiego dla Polski, należy wskazać, że od marca 2016 r. do marca 2019 r. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaplanował przeprowadzenie badania pn. Ukryte niedokrwienie mózgu jako wczesny marker rozwoju otępienia – ocena retro- i prospektywna w badaniu kohortowym populacji Polski. Kwota przeznaczona na realizację badania wynosi blisko 1,5 mln zł.

Należy również nadmienić, że w okresie od sierpnia 2012 r. do lutego 2016 r. Instytut Psychiatrii i Neurologii przeprowadził badanie pn. Czynniki wiążące zespół metaboliczny i otępienie – adipokiny, pochodzący z mózgu czynnik neurotroficzny, witamina D i wskaźniki stanu zapalnego. Na jego realizację przeznaczono niemal 700 tys. zł.

Dodatkowo, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w obszarze chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera, finansuje aktualnie sześć umów o łącznej kwocie kosztów kwalifikowalnych ponad 79 mln zł i wartości dofinansowania blisko 49 mln zł. W projek-

tach tych uwzględniono poszukiwanie nowych farmakoterapii, doskonalenie diagnostyki oraz systemy wsparcia np. oparte na rozwiązaniach ICT.

Jednocześnie w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, m. in. w celu uzyskania rzetelnych danych dotyczących skali występowania chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera, MZ ogłosiło konkurs na realizację zadania pn. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, określonego w Celu operacyjnym 5 – Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się. W ogłoszeniu o konkursie ofert zobowiązano oferentów do zbadania sytuacji epidemiologicznej osób starszych w Polsce m.in. w zakresie zaburzeń funkcji poznawczych i chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera. Do realizacji zadania wybrano Gdański Uniwersytet Medyczny i w listopadzie 2017 r. podpisano z nim umowę na realizację zadania. Wysokość środków przeznaczonych na przeprowadzenie całego badania wyniosła ponad 12 mln zł.

W działaniu tym planuje się też zbadanie sytuacji epidemiologicznej ponad 5,5 tys. osób starszych w Polsce m.in. w zakresie: chorób neurologicznych wieku podeszłego, w tym udarów mózgu i choroby Parkinsona; zaburzeń i chorób psychicznych specyficznych dla wieku 60+, w tym depresji; zaburzeń funkcji poznawczych i chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera; zachowań żywieniowych i stanu odżywienia, w tym otyłości; częstości występowania chorób i ich powikłań; stanu narządów, w tym wzroku i słuchu; występowania upadków i urazów (w tym potłuczeń, zranień, złamań) oraz ich następstw, w szczególności okoliczności urazów i metod leczenia; aktywności fizycznej, rekreacyjnej oraz turystycznej.

Badanie obejmie także sytuację społeczno-ekonomiczną osób starszych w Polsce m.in. w zakresie: sytuacji materialnej osób starszych oraz ich warunków zamieszkania; oceny jakości życia; aktywności zawodowej; sytuacji rodzinnej i więzi rodzinnych, w tym stanu cywilnego, form życia rodzinnego, częstości kontaktów rodzinnych i relacji rodzinnych; potrzeb opiekuńczych osób starszych.

W ramach NPZ na lata 2016-2020 zaplanowano również realizację zadania mającego na celu zaproponowanie schematu oceny pacjenta po 60. roku życia na oddziałach szpitalnych – zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – oraz na tej podstawie przeszkolenie personelu medycznego w zakresie przeprowadzania oceny geriatrycznej pacjenta. Na realizację zadania zaplanowano ponad 1 mln zł, wybrany oferent to EMC Silesia Sp. z o.o.

Niezależnie od powyższego, MZ przy planowaniu zadań w kolejnych latach realizacji NPZ na lata 2016-2020 szczegółowo analizuje możliwości podjęcia inicjatyw dedykowanych w sposób szczególny osobom z chorobami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera, ich opiekunom oraz personelowi medycznemu sprawującemu opiekę nad tymi chorymi.

Jeśli chodzi o świadczenia gwarantowane dla osób z chorobą Alzheimera, obecnie są one finansowane w ramach różnych rodzajów i zakresów opieki, stosownie do potrzeb pacjenta i dostępnych możliwości profilaktycznych, diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych.

Opiekę medyczną nad pacjentami z chorobą Alzheimera w miejscu ich zamieszkania sprawują lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. W sytuacji, gdy zaistnieje konieczność dalszych badań i konsultacji specjalistycznych, leczenie prowadzone jest w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W przypadku, gdy cel leczenia nie jest możliwy do osiągnięcia w leczeniu ambulatoryjnym, lekarz powinien skierować świadczeniobiorcę do leczenia szpitalnego, rehabilitacyjnego lub innego. Kompleksowa (koordynowana) opieka nad pacjentami z chorobą Alzheimera nie została oddzielnie wyodrębniona, gdyż wszystkie elementy takiej opieki są, bądź powinny być dostępne.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej za świadczenia udzielane pacjentom od 66. roku życia do ukończenia 75. roku życia otrzymuje prawie 2,5-krotnie wyższe wynagrodzenie w porównaniu ze stawką otrzymywaną za te same świadczenia udzielone osobie dorosłej poniżej 66. roku życia. Pielęgniarka POZ za świadczenia udzielane pacjentom w wieku powyżej 65. roku życia otrzymuje 200% stawki kapitacyjnej.

W celu zapewnienia pacjentom z chorobą Alzheimera odpowiedniej jakości opieki oraz jej ujednolicenia w możliwie największym stopniu, należałoby w pierwszej kolejności określić standard dotyczący diagnostyki i leczenia tej grupy osób w zakresie świadczeń finansowanych. Ważne jest również sprawdzenie możliwości implementacji takiego standardu do całości systemu ochrony zdrowia. Należy wskazać, że zgodnie z brzmieniem art. 11 ust. 3 ustawy z 21 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zalecenia są opracowywane przez stowarzyszenia będące towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym. Jednakże trzeba podkreślić, że w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) opracowywane są „Wytyczne dla wytycznych", które mają na celu stworzenie ram dla opracowywania właściwych standardów, wydawanych w postaci obwieszczeń Ministra Zdrowia.

Dodatkowo, w celu poprawy opieki zdrowotnej nad osobami z zespołami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera, w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wyodrębniono dwa zakresy świadczeń dedykowane tym osobom, tj. świadczenia psychogeriatryczne oraz świadczenia dzienne psychiatryczne i geriatryczne.

Warto również zaznaczyć, że na oddziałach geriatrycznych przeprowadzana jest Całościowa Ocena Geriatryczna (COG) jako fundamentalna zasada postępowania w geriatrii stanowiąca interdyscyplinarny proces wielowymiarowej i standaryzowanej oceny poziomu funkcji życiowych (w tym funkcji poznawczych), niezbędna do planowania etapów leczenia i opieki.

Ponadto, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, od 1 lipca 2016 r. świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest zobowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta (z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym). W przepisach tych nie określono sposobu wdrożenia oraz przeprowadzenia procedury oceny geriatrycznej, pozostawiając te kwestie do decyzji świadczeniodawców. Wsparciem dla świadczeniodawców w tym zakresie ma być wspomniane wcześniej zadanie realizowane w ramach NPZ na lata 2016-2020, którego przedmiotem jest stworzenie schematu oceny pacjenta po 60. roku życia oraz organizacja szkoleń z prowadzenia oceny geriatrycznej dla pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych na oddziałach szpitalnych.

Trzeba także wspomnieć, że Ministerstwo Zdrowia opracowało narzędzie pn. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, zawierające wiele statystyk i analiz, pozwalających przyjrzeć się aktualnemu stanowi polskiej służby zdrowia. Dokumenty te są opublikowane na stronach Ministerstwa Zdrowia. Obecnie na ich podstawie przygotowywane są rekomendacje i wnioski dotyczące m.in. chorób otępiennych.

Odnośnie do powszechnego badania przesiewowego Minister Zdrowia skierował również pismo do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zawierające prośbę o opinię w sprawie zasadności wprowadzenia powszechnych badań przesiewowych wyłaniających osoby podatne na zachorowanie na chorobę Alzheimera. Przeanalizowane przez AOTMiT rekomendacje/wytyczne kliniczne nie zalecają wykonywania badań przesiewowych w kierunku chorób otępiennych u osób nie wykazujących objawów, ponieważ czułość i swoistość obecnie dostępnych testów nie jest satysfakcjonująca w przypadku ich stosowania jako badań przesiewowych. Ponadto prezes AOTMiT wskazał, że proces oceny występowania otępienia u pacjentów powinien mieć charakter indywidualny i uwzględniać takie czynniki jak: historia pacjenta, badanie funkcji poznawczych, badanie fizykalne oraz przegląd stosowanych przez pacjenta leków. Występowanie choroby otępiennej powinno być ocenione w wyniku kompleksowej ewaluacji pacjenta, gdyż tylko takie postępowanie pozwala na postawienie trafnej diagnozy.

Należy również podkreślić, że realizacja programu dedykowanego jednej grupie pacjentów, tj. osobom z chorobą Alzheimera, nie jest zasadna na obecnym poziomie wiedzy i możliwości systemu opieki zdrowotnej, ponieważ podjęcie działań w tym zakresie powinno zostać poprzedzone poznaniem etiologii danej jednostki chorobowej oraz skutecznych sposobów jej leczenia. Jak wskazywano w założeniach Narodowego Programu Alzheimerowskiego przygotowanego w 2011 r. przez Koalicję Alzheimerowską: „Mimo

intensywnych badań nad patogenezą tych chorób wiedza w tym zakresie jest jedynie fragmentaryczna, stosowane leczenie jest tylko objawowe, a jego skuteczność daleka od pożądanej", zatem nie jest możliwe przyjęcie programu nie wpisującego się w aktualny stan wiedzy medycznej. Taki program nie uzyskałby bowiem pozytywnej opinii AOTMiT, co jest jednym z warunków do objęcia finansowaniem świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Minister zdrowia również wspiera finansowo osoby starsze w szczególności poprzez wprowadzenie bezpłatnych produktów leczniczych dla świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75. rok życia. Celem jest zagwarantowanie obywatelom należytego dostępu do skutecznych i bezpiecznych leków, przy jednoczesnym zmniejszaniu udziału pacjentów w kosztach leczenia.

W 2016 r. Minister Zdrowia ustalił pierwszy wykaz bezpłatnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W 2017 r., będącym pierwszym pełnym rokiem realizacji projektu, na sfinansowanie leków 75+ zaplanowano kwotę o łącznej wysokości ponad 564 mln zł. Środki przeznaczane na realizację rządowego projektu pochodzą z budżetu państwa, a tym samym nie uszczuplają funduszy, którymi dysponuje NFZ.

Chorzy mają zapewniony dostęp do nowoczesnych i w pełni refundowanych leków zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z 23 października 2017 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W wykazie z 1 marca 2018 r. we wskazaniu – choroba Alzheimera refundowano leki zawierające: donepezil – w postaci tabletek lub tabletek ulegających rozpadowi w jamie ustnej; rywastygminę – w postaci: plastrów przezskórnych (system transdermalny), kapsułek, tabletek ulegających rozpadowi w jamie ustnej.

Leki te znajdują się we wspólnej grupie limitowej 186.0 – Leki psychoanaleptyczne – Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera. Są one dostępne za odpłatnością 30% do wysokości limitu finansowania i za dopłatą w wysokości różnicy między ceną detaliczną a limitem finansowania.

Działania dedykowane osobom chorym na Alzheimera i ich rodzinom podejmowane są również przez jednostki samorządu terytorialnego. Warto wskazać, że w latach 2010-2015 realizowane były samorządowe programy polityki zdrowotnej (uprzednio: programy zdrowotne), w tym m.in.: program dla mieszkańców Płocka z użyciem metody PET – podejrzenie choroby Alzheimera u młodych ludzi (gmina – miasto Płock, 2011 r.); integracja środowiskowa, rehabilitacja i terapia dla osób z zespołami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera (województwo śląskie, 2010 r.); badania przesiewowe w kierunku zaburzeń pamięci naczyniopochodnych zespołów otępiennych oraz choroby Alzheimera u osób powyżej 50. roku życia (województwo małopolskie, 2011-2012 r.); grupy wsparcia i rehabilitacja osób z chorobą Alzheimera – działalność pielęgnacyjna, rehabilitacyjna, edukacyjna, terapeutyczna oraz uspołeczniająca na rzecz osób z chorobami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera (województwo pomorskie, 2012-2014 r.); wstępne badania neurologiczne na obecność choroby Alzheimera w ramach profilaktyki schorzeń otępiennych wśród osób starszych – zwiększenie świadomości mieszkańców na temat chorób otępiennych (województwo śląskie, 2011-2013 r.).

Mając na względzie poprawę w zakresie dostosowania systemu opieki zdrowotnej do potrzeb pacjentów chorych na choroby otępienne, w tym na chorobę Alzheimera, MZ współpracuje ze specjalistami z zakresu neurologii oraz specjalistami z zakresu geriatrii nad przedstawionymi przez te dwie grupy ekspertów propozycjami nowych świadczeń dedykowanych pacjentom z chorobami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera. Należy zaznaczyć, że są to propozycje wstępne, a ostateczny kształt dedykowanego świadczenia będzie zależny od wyniku prowadzonych prac.

Pierwsze świadczenie dotyczy rozwiązania systemowego opartego na współdziałaniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a jako główne ogniwo propozycji wskazuje się na poradnie leczenia zaburzeń poznawczych.

Drugie świadczenie dotyczy diagnostyki otępienia z Całościową Oceną Geriatryczną w ramach procedury leczenia jednego dnia.

Wspólnym elementem tych świadczeń jest szczegółowa diagnostyka przeprowadzana w ramach ww. poradni docelowo stanowiącej część systemu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub w ramach systemu szpitalnego i hospitalizacji jednego dnia.

Ważny jest też okres trwania diagnostyki. W przypadku obu projektów komplet badań (w tym badanie MMSE) w ramach pogłębionej diagnostyki byłby wykonywany docelowo w ciągu jednego dnia. Mając na uwadze specyfikę pacjentów objętych tymi świadczeniami, jest to korzystne rozwiązanie gdyż w sytuacji dłuższej hospitalizacji (lub innego rodzaju wielodniowego świadczenia stacjonarnego) chory narażony jest na ryzyko majaczenia i innych zagrożeń związanych z hospitalizacją, a doświadczenia takie mogą stanowić dla pacjenta traumę.

Procedowana jest obecnie koncepcja połączenia tych dwóch projektów świadczeń oraz rozważa się przeprowadzenie pilotażu opracowanego świadczenia. Warto zaznaczyć, że model kompleksowego świadczenia powinien się opierać na współpracy POZ z podmiotami specjalistycznymi.

W zakresie POZ leżałoby wczesne wykrywanie pacjentów z objawami chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera, w celu kierowania ich do dalszej, pogłębionej diagnostyki. Proponowane badania dotyczące objawów otępienia to test zegara lub alternatywnie zastosowanie pewnych form powszechnie stosowanych testów pamięciowych (np. test zapamiętywania słów). Jednocześnie w POZ wykonywane byłyby inne badania (np. morfologia z rozmazem, badanie ogólne moczu, oznaczenie glukozy, oznaczenia kreatyniny, oznaczenie elektrolitów) mające na celu wstępną próbę wyeliminowania występowania objawów otępiennych bez związku z chorobą otępienną. Tu należy podkreślić, że również inne jednostki nozologiczne mogą powodować zaburzenia myślenia, problemy z koncentracją lub problemy z pamięcią. Są to: anemia, depresja, infekcje, cukrzyca, choroby nerek, choroby wątroby, niektóre niedobory witamin, zaburzenia tarczycy i problemy z sercem, naczyniami krwionośnymi, bądź płucami.

W przypadku zakwalifikowania pacjenta do pogłębionej diagnostyki dalsze postępowanie, w tym częstotliwość kontroli, w zależności od podstawowej diagnozy byłoby ustalane przez podmiot bądź grupę ekspertów odpowiedzialnych za pogłębioną diagnostykę wraz z wykorzystaniem dostępnych jednostek systemu ochrony zdrowia. Niezależnie jednak od miejsca przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki konieczne jest dostosowanie rozwiązań do zmian wprowadzonych ustawą z 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która stworzyła tzw. sieć szpitali.

Mając na względzie sytuacje, w których pacjenci z chorobą otępienną, w tym z chorobą Alzheimera, wymagają stacjonarnych świadczeń długoterminowych, Ministerstwo Zdrowia współpracuje z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej m. in. w ramach prac nad dokumentem „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność". Jednym z celów tego dokumentu jest np. „opracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej'. Należy podkreślić, że niezwykle istotny jest głos środowisk pacjenckich i ich rodzin, a także organizacji pozarządowych działających na rzecz pacjentów dotkniętych chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera. W związku z tym planowane jest zorganizowanie w MZ spotkania z zainteresowanymi środowiskami i przeprowadzenie dialogu na temat proponowanych świadczeń oraz pozostałych zakładanych działań, a także potrzeb i doświadczeń środowiska.

Na koniec chciałbym powiedzieć, że Karta problemu zdrowotnego, którą przygotował departament polityki zdrowotnej, została przekazana do departamentu analiz i strategii w celu opracowania do świadczeń gwarantowanych, a potem będzie konsultowana ze środowiskiem neurologów i geriatrów. Myślimy, że na początku czerwca odbędzie się spotkanie z przedstawicielami organizacji pacjenckich oraz pozarządowych, myślę, że na Miodowej. Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję panu ministrowi za obszerną odpowiedź na dezyderat. Szanowni państwo, chciałabym otworzyć dyskusję. Kto z pań, panów posłów chciałby

w pierwszej kolejności zabrać głos? Potem poproszę o głos zaproszonych gości. Proszę, panie przewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Przepraszam za spóźnienie, ale obserwowałem w internecie, na komórce… Szanowni państwo, rzeczywiście odpowiedź na dezyderat jest wyczerpująca, ale mam wrażenie, że jednak nie odpowiada na podstawowe pytanie, które Komisja postawiła w dezyderacie, a mianowicie chodzi o kwestię przygotowania i wdrożenia Narodowego Planu Alzheimerowskiego. Dezyderat pokazuje różnego rodzaju działania, które są podejmowane przez MZ, przez NFZ czy w ramach badań naukowych, ale intencją Komisji, która jednogłośnie przyjęła dezyderat będący również rezultatem współpracy z naszymi stałymi doradcami, była jednak kwestia powstania Narodowego Planu Alzheimerowskiego. Planu, jako pewnego modelu, który funkcjonuje w wielu krajach Unii Europejskiej, dokumentu, który zdefiniuje potrzeby, jak piszemy w dezyderacie i wdroży standardy dotyczące diagnozy, wczesnego wykrywania choroby, wypracuje modele pomocy medycznej i społecznej w zakresie diagnostyki i leczenia. Nie chciałbym powtarzać tych samych argumentów, ale też dla nas inspiracją był raport NIK dotyczący opieki nad osobami z chorobą Alzheimera oraz wsparcia dla ich rodzin; raport, który powstał na wniosek naszej Komisji. Ten postulat powstania Narodowego Planu Alzheimerowskiego jest jednym z postulatów, sformułowanych w raporcie.

Druga sprawa jest taka – mamy ten obywatelski, społeczny projekt Narodowego Planu Alzheimerowskiego. Oczywiście, jest to dokument, panie ministrze, sprzed kilku lat, więc powinien zostać przygotowany od nowa, z wykorzystaniem tego ogromnego doświadczenia ekspertów z Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich, z Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego.

Konkludując, pytanie zasadnicze – czy i w jakim terminie MZ zamierza przygotować dokument o nazwie Narodowy Plan Alzheimerowski i kiedy możemy się spodziewać tego typu działań? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Czy jeszcze ktoś z państwa parlamentarzystów chciałby zabrać głos? W takim razie poproszę pana ministra o odpowiedź.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Rzeczywiście jest faktem, że w 2011 roku powstał dokument, o którym mowa i do którego się odnosiliśmy, a to co czytałem, to są aktywności związane z realizacją wymienionych w dokumencie postulatów. Jest taka kwestia: czy chcemy opracowywać dokumenty, czy chcemy realizować określone działania? Uważam, że jednak ważniejsze jest stworzenie zarówno form opieki, jak i konkretnych świadczeń, szczególnie w przypadku chorób dotyczących wieku podeszłego. Robimy to we współpracy z MRPiPS, gdyż to jest obszar naszego działania. Możemy się koncentrować na kolejnych planach, kolejnych projektach i pewnie gdybyśmy mieli trochę więcej zatrudnionych w departamencie polityki zdrowotnej osób, to tak by było. Wydaje mi się, że wybraliśmy trudniejszą drogę i trudniejsze wyzwanie zrobienia czegoś. To, co pan przewodniczący odczytał o definiowaniu potrzeb… My wiemy, jakie są potrzeby tego środowiska. W 2011 r. powstał dokument pod takim tytułem – Zdefiniujmy potrzeby. Do czasu, gdy zabraliśmy się do opracowania określonych standardów opieki, te potrzeby nie bardzo mogliśmy zdefiniować. Dlatego przygotowaliśmy konkretne badanie, o którym dość szczegółowo opowiadałem. Dlatego też w tym materiale punktowo ujęliśmy zakres badań, żeby po prostu pokazać, jakie obszary wyznaczamy do analizy. Badanie nie będzie prowadzone długo. Ze względu na skalę przedsięwzięcia uważam, że szybko je zakończymy. Czy to pozwoli nam na określenie tych potrzeb? Mam nadzieję, że tak, że będziemy bogatsi w doświadczenia.

Nas też zainspirował do wielu rzeczy raport NIK. W materiale odnosiłem się do raportu NIK, bo z niektórymi elementami jako lekarz po prostu się nie zgadzam, np. w podejściu do badań przesiewowych, do określonych testów i rekomendacji. Być może jest to ważne z perspektywy analizy jakiegoś systemu prawnego czy zarządzeń NFZ. Nie mogę się jednak zgodzić z tym, że nie finansujemy leczenia tylko dlatego, że w lekach, które są realizowane, nie ma kategorii pt. choroba Alzheimera. Ponieważ

rozmawialiśmy o wspomnianym raporcie NIK przynajmniej z pięć razy, widzę, że państwo wielokrotnie w tym uczestniczyli, to nie chciałbym tego powtarzać. Nasza idea – to wykonać określone rzeczy związane z postulowanym w 2011 r. opracowaniem. Z racji szczupłości zasobów także czasowych chcemy te rzeczy doprowadzić do końca.

Najważniejsze wydaje się przygotowanie Karty problemu zdrowotnego, którą tworzą neurolodzy wspólnie z geriatrami i przedyskutowanie tej karty ze środowiskami pacjentów i instytucjami pozarządowymi. To jest to forum, które nas nakieruje. Jeżeli usłyszymy sugestię, że pomimo różnych działań, które podejmujemy, konieczne dla tych opiekunów i organizacji pozarządowych jest opracowanie określonego planu, to się zajmiemy tym.

Jeżeli uważają państwo, że to nie odpowiada ich oczekiwaniom, to odnoszę się do cytowanej również w materiale MZ, opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Sam plan nie zadziała. Jeżeli nie mamy skonfrontowanego z określonymi możliwościami wykonywania, to nie zrobimy za wiele. Przedstawiłem to, co realizujemy, bądź będziemy robić za chwilę.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Nasi goście chcieliby jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę.

Stały doradca Komisji prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Panie ministrze, bardzo dziękuję za to, że widzimy tę możliwość złożenia procedury dziennej diagnostyki, która z punktu widzenia starszych pacjentów jest niezwykle ważna, bo pacjenci z zaburzeniami funkcji poznawczych płacą bardzo wysoką cenę za hospitalizację. Możliwość wykonania wszystkich badań w krótkim czasie bez konieczności hospitalizacji, niewątpliwie wychodzi naprzeciw potrzebom tych pacjentów i ich rodzin.

Druga ważna rzecz, na którą chciałabym zwrócić uwagę. Projekt, o którym pan mówi, czyli PolSenior II, pozwoli też porównać obecną sytuację z sytuacją, jaka panowała przed 10 laty, czyli porównać zapotrzebowanie na opiekę. Rzeczywiście wyniki w zakresie analiz funkcji poznawczych mieliśmy bardzo niepokojące w ramach PolSeniora I, z dużym wskazaniem na komponent, o czym pan też wspominał, tych zaburzeń, które można odwrócić, czyli właśnie tych nieleczonych zaburzeń somatycznych, które pogarszają funkcje poznawcze. Niemniej być może dopracujemy się kiedyś takiego planu, który podobnie jak w innych krajach Europy będzie się nazywał dokumentem niekoniecznie alzheimerowskim, ale dedykowanym otępieniu, bo wydaje się, że zagrożenie wynikające z tej choroby, obejmujące bardzo dużą grupę osób i ich opiekunów, rzeczywiście wymaga wspólnej pracy MZ i MRPiPS. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję. Wnoszę o przyjęcie przez Komisję odpowiedzi na dezyderat nr 6. Czy jest sprzeciw? Jest sprzeciw. W takim razie głosujemy. Dwa słowa? Dobrze.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Szczerze powiedziawszy, jednak wydaje się, że to co zostało sformułowane jako postulat Komisji Polityki Senioralnej bardzo wprost, a mianowicie wniosek o przygotowanie przez MZ Narodowego Planu Alzheimerowskiego, który byłby pierwszym krokiem w kierunku systemowego rozwiązywania problemów zdrowotnych osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi, w tej odpowiedzi, panie ministrze, nie został spełniony. W żadnym punkcie państwo jako MZ, nie dali gwarancji, że taki dokument, który jest pewnym standardem, pewnym modelem, będzie realizowany. Działania, które pan zaprezentował, są różnego rodzaju, ale one mają jednak charakter mocno rozproszony, cały czas, czy to w odniesieniu do kwestii osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych, czy też określonych chorób mówi się o działaniach rozproszonych. Jeżeli mamy w Polsce nawet pół miliona osób z chorobą Alzheimera, z chorobami otępiennymi, to jest to poważne wyzwanie. Jeżeli NIK alarmuje nas, że za 20 lat tych chorych może być nawet do półtora miliona w naszym kraju, to jest to problem, do którego trzeba się odpowiednio przygotować. Wynik tej kontroli, która została przeprowadzona na wniosek naszej Komisji, jest jednoznaczny. Cytuję: „W ramach funkcjonującego w Polsce powszechnego systemu

opieki zdrowotnej nie stworzono narzędzi do skutecznego i efektywnego rozwiązywania problemów osób z chorobą Alzheimera oraz ich rodzin”. To jest jedna rzecz.

Druga sprawa – badania, które również są częścią tego raportu. Czterech na pięciu chorych i ich opiekunów uważa, że są pozostawieni przez państwo samym sobie. Od tych konkluzji, od tych wyników badań, które zostały przeprowadzone w grupie osób z chorobą Alzheimera i osób opiekujących się chorymi nie uciekniemy. W związku z tym ja niestety nie mogę poprzeć i zaakceptować tej odpowiedzi…

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Czyli, panie przewodniczący, myślę, że po prostu teraz przejdziemy do głosowania i głosujący niech zdecydują o tym, czy przyjmujemy tę wyczerpującą odpowiedź pana ministra, który pokazał, ile działań zostało podjętych po 2011 r. w różnych województwach, jak tutaj pan minister odczytał…

Poseł Michał Szczerba (PO):

Mamy raport, pani przewodnicząca, z 2017 r., czyli bardzo świeży dokument…

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

No i pan minister pokazał, ile działań już zostało wdrożonych i dlatego prosiłabym o głosowanie. Kto z państwa jest za przyjęciem odpowiedzi na dezyderat pana ministra Króla? (4) Kto jest przeciw? (2) Kto się wstrzymał? (0).

Bardzo serdecznie dziękuję. Przyjmujemy odpowiedź pana ministra na dezyderat.

Szanowni państwo, zgodnie z art. 159 ppkt 6 Komisja… Szanowni państwo, Komisja planuje zorganizować konferencję z okazji 100-lecia odzyskania niepodległości Polski pt. Seniorzy w Niepodległej. Konferencja jest wstępnie zaplanowana na 9 czerwca br. i odbędzie się w Toruniu w Wyższej Szkole Kultury Społecznej i Medialnej. O szczegółach konferencji zostaną państwo powiadomieni. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny. Zamykam dyskusję oraz posiedzenie Komisji. Dziękuję bardzo.